

送信表不要

申込日 令和6年 月 日

パールランド病院認知症疾患医療センター
連携担当:宮崎 宛
FAX:099-238-0117

【令和6年10月19日 介護従事者向け認知症研修会 FAX参加申込書】

施設名:

申込担当者:

住所:

御連絡先:

領収書希望:

有・無

領収書宛名:

参加者の御名前		職種
1	(フリガナ)	
2	(フリガナ)	
3	(フリガナ)	
4	(フリガナ)	

※申込期限 **10月4日(金)**までにFAXにてお申込ください(期限後も申込状況によっては参加可能な場合もあります)

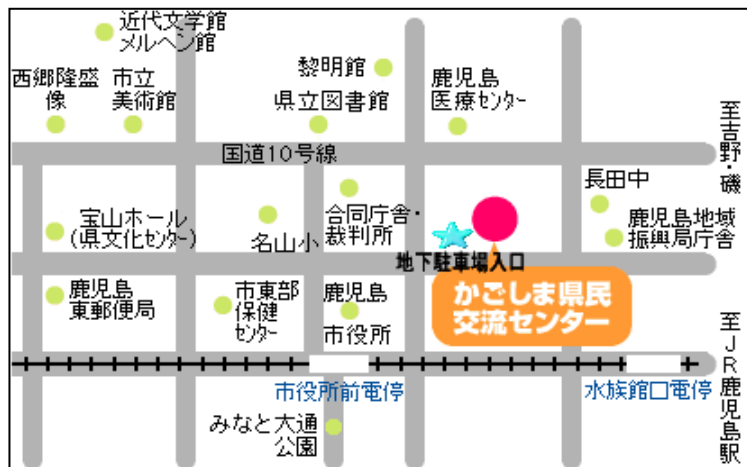
※4名以上の参加申込も可能ですが、定員に達した際に人数調整をお願いする場合があります

※受講票はありませんので、当日受付にてお名前と施設名をお伝えください

※参加費は当日受付にてお支払ください(お釣りが出ないよう、ご協力をお願いいたします)

※感染症対策(手指消毒・マスク着用等)にご協力ください

研修会場と駐車場のご案内



会場駐車場 500台(30分150円)

※受付、2F事務室で駐車券の認証処理を行うと、2時間まで無料になります

※会場駐車場が満車の際は、近隣の有料駐車場をご利用ください

※駐車料金は各自でご負担をお願いします